

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書内容確認書 交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長宛

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認書の交付を申請します。

申請者	ふりがな		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
	氏名			<input type="checkbox"/> 親族（本人からみた続柄） ※申請者が本人以外の場合は、下欄の本人同意欄の記入が必要です。
	住所	※被保険者（本人）が申請する場合は記入不要です。 (電話番号 - -)		

被保険者（本人）	被保険者番号	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	(電話番号 - -)

【本人同意欄】（被保険者本人以外の申請の場合は記入）

令和 年 月 日

吹田市長宛

私は、主治医意見書のうち、おむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、申請者に開示することに同意します。

被保険者（本人）署名 _____

本人が自署できない場合は代筆可

※ 市役所使用欄

決裁欄				確認欄
参事	主幹	主査	係員	主治医意見書作成日（ ）
				寝たきり度（ ）尿失禁（ ）
				(和暦) 年 月 日交付
				<input type="checkbox"/> 窓口手渡し(受付者:) <input type="checkbox"/> 郵送